

## Original article

## Relationship between Social Support and Health-related Quality of Life among the Elderly in Abadan during 2020-2021

Jamshid Bahmaei<sup>1</sup>Pooya Ganjali<sup>2</sup>Ebrahim Kharazinejad<sup>3\*</sup>

- 1- PhD in Healthcare Services Management, Assistant Professor, Department of Public Health, Behbahan Faculty of Medical Sciences, Behbahan, Iran
- 2- Medical student, Student Research Committee, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran
- 3- Ph.D in Anatomical Sciences, Assistant Professor, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

\*Corresponding author: Ebrahim Kharazinejad, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

Email: kharaziebrahim@gmail.com

Received: 10 August 2022

Accepted: 26 September 2022

### ABSTRACT

**Introduction and purpose:** The quality of life of the elderly is endangered by their special needs. The present study aimed to investigate the relationship between social support and health-related quality of life among the elderly in Abadan.

**Methods:** This study was conducted based on a descriptive cross-sectional analytical design. The study sample included 138 elderly people in Abadan. Data collection instruments were the SF36 standard quality of life questionnaire and social support questionnaire. Data were analyzed in SPSS software (version 21) using descriptive statistics, independent t-test, Pearson correlation, and regression at a significance level of 0.05.

**Results:** The results demonstrated that the quality of life of men ( $91.29 \pm 6.2$ ) was higher than women ( $46.47 \pm 22.58$ ), and the difference was significant ( $P < 0.05$ ). The mean score of social support and all three dimensions (support of family, friends, and acquaintances) in older men was higher than in older women. Social support had a significant and direct correlation with health-related quality of life ( $P = 0.01$ ). Social support predicted a 31.8% variance in the quality of life among the elderly.

**Conclusion:** The elderly had moderate quality of life and social support. The use of counseling, training, and support methods by the family and the community can be effective in improving their health.

**Keywords:** Elderly, Health, Quality of life, Social support

► **Citation:** Bahmaei J, Ganjali P, Kharazinejad E. Relationship between Social Support and Health-related Quality of Life among the Elderly in Abadan during 2020-2021. Journal of Health Research in Community. Autumn 2022;8(3): 39-48.

## مقاله پژوهشی

## رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان شهر آبادان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰

## چکیده

جمشید بهمنی<sup>۱</sup>  
پویا گنجعلی<sup>۱</sup>  
ابراهیم خرازی نژاد<sup>۲\*</sup>

**مقدمه و هدف:** کیفیت زندگی سالمندان به دلیل نیازهای ویژه آن‌ها در معرض تهدید قرار دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان شهر آبادان انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بود. نمونه پژوهش شامل ۱۳۸ نفر از سالمندان شهر آبادان بودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی SF36 و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و آمار توصیفی، آزمون تی مستقل، آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد کیفیت زندگی مردان با نمره  $(91/29 \pm 6/2)$  بیشتر از زنان  $(46/47 \pm 22/58)$  و اختلاف معنادار بوده است ( $P < 0/05$ ). میانگین نمره حمایت اجتماعی در هر سه بعد آن (حمایت خانواده، دوستان و آشنایان) در مردان سالمند بیشتر از زنان سالمند بود. حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همبستگی معنادار و مستقیمی داشت ( $P = 0/01$ ). حمایت اجتماعی ۳۱/۸ درصد از واریانس کیفیت زندگی سالمندان را پیش‌بینی می‌کند.

**نتیجه‌گیری:** سالمندان کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی متوسطی داشتند. به‌کارگیری روش‌های مشاوره‌ای، آموزشی و حمایتی از سوی خانواده و جامعه در بهبود سلامت آن‌ها تأثیر دارد.

**کلمات کلیدی:** حمایت اجتماعی، سالمندان، سلامت، کیفیت زندگی

۱. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی بهبهان، بهبهان، ایران
۲. دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران
۳. دکترای علوم تشریح، استادیار، گروه علوم تشریحی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

\* نویسنده مسئول: ابراهیم خرازی نژاد، گروه علوم تشریحی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

Email: kharaziebrahim@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۰۴

◀ **استناد:** بهمنی، جمشید؛ گنجعلی، پویا؛ خرازی نژاد، ابراهیم. رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان شهر آبادان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، پاییز ۱۴۰۱؛ ۸(۳): ۳۹-۴۸.

## مقدمه

در دنیای معاصر تعداد سالمندان به‌خاطر گذار جمعیتی در حال افزایش است [۱، ۲]. با توجه به پیشرفت‌های بهداشتی و پزشکی در

دهه‌های گذشته، طول عمر افراد افزایش یافته و منجر به گسترش سالمندی در جوامع مختلف شده که چالش‌هایی را به همراه داشته است [۳]. سالمندی تنها بیانگر بالا رفتن سن افراد نیست، بلکه روندی طبیعی از تغییرات فیزیولوژی و روانی است [۴]. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۰۰، جمعیت افراد بیشتر از ۶۰ سال حدود ۶۰۰ میلیون نفر بوده است و پیش‌بینی می‌شود این آمار تا سال ۲۰۲۵ به ۱/۲ میلیارد نفر برسد [۵]. در ایران بر اساس سرشماری ۱۳۹۰، بیش از ۶ میلیون نفر (۸/۲ درصد) جمعیت ایران را افراد ۶۰ ساله و بیشتر تشکیل می‌دهند که نسبت به سال ۱۳۴۵ رشد ۴ برابری داشته است [۶، ۴].

سالمندان جزء گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند و دچار مشکلات اجتماعی، روانی، فرهنگی، بهداشتی، توان‌بخشی و اقتصادی زیادی هستند [۷]. این در حالی است که کیفیت زندگی یکی از شاخص‌های بیانگر وضعیت سالمندان است [۵]. مفهوم کیفیت زندگی دربرگیرنده رضایت، بهزیستی و ویژگی‌های ذهنی و چندبعدی است. کیفیت زندگی شامل کیفیت زندگی عمومی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است [۸]. بخش زیادی از تعاریف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت عمدتاً بر تأثیر بیماری‌ها و روش‌های درمان آن‌ها به اندازه عملکردهای فیزیکی، روان‌شناختی، اجتماعی، عاطفی و شناختی تأکید و تمرکز دارند [۹]. مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر سلامت و کیفیت زندگی مبتنی است که متأثر از تجارب، باورها، توقعات و ادراکات فردی و دربرگیرنده بعد مثبت و منفی سلامتی است. بعد منفی دربرگیرنده بیماری‌ها و نارسایی‌ها است، درحالی‌که بعد مثبت شامل احساس بهزیستی روانی و فیزیکی، تندرستی و کارایی ذهن و بدن است [۱۰، ۱۱]. در نتیجه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت عبارت است از: ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت، مراقبت‌های بهداشتی و فعالیت‌های ارتقادهنده سلامت که به فرد اجازه می‌دهد اهداف ارزشمند زندگی‌اش را دنبال کند [۱۲].

جنبه مهمی از سالمندی سالم حفظ کیفیت زندگی مرتبط با

سلامت است [۱۳]. یکی از عوامل تعیین‌کننده اجتماعی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان، حمایت اجتماعی است که در سال‌های اخیر توجه زیادی به آن شده است. حمایت اجتماعی عامل مهمی در سالمندی موفق و به‌عنوان منبعی است که به‌واسطه دیگران فراهم می‌شود. Newcomb و Bentler حمایت اجتماعی را شبکه‌ای از ارتباطات می‌دانند که رفاقت، همکاری و تقویت احساسی را فراهم می‌آورد و علاوه بر تسهیل رفتارهای ارتقای سلامت، حوادث تنش‌زای زندگی را کاهش می‌دهد و رسیدن به اهداف شخصی را فراهم می‌سازد [۱۴]. در بسیاری از مطالعات به ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پرداخته شده است.

آقایاری و همکاران در مطالعه خود نشان دادند حمایت اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌داری با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان دارد. نتایج نشان داد متغیرهای حمایت اجتماعی، درآمد و حمایت از سوی دوستان ۳۰ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان را تبیین می‌کند [۸]. نتایج مطالعه Şahin و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد حمایت اجتماعی ادراک شده ۲۲/۱ درصد از واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند. یافته‌های این مطالعه نشان داد بهبود حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان، رضایت آن‌ها را از زندگی افزایش می‌دهد [۱۵]. نتایج مطالعه Tseng و Wang (۲۰۰۱) نشان داد حمایت اجتماعی از طرف اعضای خانواده و دفعات تعامل با خانواده بیشترین اثر را در کیفیت و رضایتمندی زندگی سالمندان مقیم در سرای سالمندان داشته است. موفقیت در سالمندی تحت تأثیر عوامل ژنتیکی فرد نیست، بلکه بیشتر عواملی چون سطح فعالیت بدنی فرد، تعاملات و حمایت‌های اجتماعی بر رضایتمندی و سلامت عمومی سالمند مؤثر خواهند بود [۱۶].

کیفیت زندگی سالمندان به دلیل نیازهای ویژه آن‌ها در معرض تهدید است. لذا توجه به عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان ضروری به نظر می‌رسد [۱۷]. یکی از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده

سلامت و مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان، حمایت اجتماعی از سالمند است [۱۸، ۱۹]. حمایت اجتماعی در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی انسان کاربرد دارد و موجب افزایش رفاه جسمی، روانی و اجتماعی می‌شود [۲۰]. در این مطالعه ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان شهر آبادان بررسی شد.

## روش کار

این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی انجام شد. جامعه مطالعه شامل تمام مردان و زنان بیشتر از ۶۰ سال ساکن در شهر آبادان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند. بر اساس آمار مرکز بهداشت شهرستان، جامعه آماری افراد بیشتر از ۶۰ سال، ۱۰۲۴ نفر بود. بر اساس فرمول نمونه‌گیری، ۱۳۸ نفر محاسبه شد. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. ابتدا از بین مراکز جامع سلامت شهر آبادان ۵ مرکز به‌طور تصادفی و با روش قرعه‌کشی به‌عنوان خوشه‌های مطالعه انتخاب شدند. در مرحله بعد، بر اساس حجم نمونه به‌دست‌آمده تعدادی از زنان و مردان بیشتر از ۶۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت به‌طور هدفمند (در دسترس) و با رضایت شخصی وارد مطالعه شدند. بدین ترتیب ۱۳۸ نفر وارد مطالعه شدند که برای شرکت در مطالعه رضایت داشتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۶۰ سال و بیشتر، نداشتن معلولیت و داشتن قوه فهم و تشخیص مناسب بود. معیار خروج از مطالعه تمایل نداشتن مشارکت‌کننده برای شرکت در پژوهش بود. پس از کسب اجازه از معاونت پژوهشی، گرفتن کد کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آبادان، ارائه توضیح و بیان اهداف پژوهش، یادآوری در محرمانه نگه داشتن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت افراد در مطالعه، شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه کتبی را امضا کردند. با مراجعه به مراکز جامع سلامت منتخب، تعدادی از سالمندان به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. با توجه به تمایل نداشتن برخی از افراد برای

شرکت در مطالعه یا ناقص بودن پرسش‌نامه، درنهایت ۱۳۸ پرسش‌نامه تحلیل شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی بود.

الف: پرسش‌نامه حمایت اجتماعی: Zimet و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده را به‌منظور ارزیابی حمایت اجتماعی از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی تهیه کردند. این مقیاس چندبعدی ابزاری با ۱۲ عبارت است که میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده توسط هر آزمودنی را در هریک از سه حیطه می‌سنجد. در مطالعه اباذری و همکاران (۱۳۹۴) اعتبار همسانی درونی برای کل آزمون با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و زیرمقیاس خانواده ۰/۸۲، دوستان ۰/۸۸ و افراد مهم زندگی ۰/۸۴ به‌دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار مطلوب مقیاس است. پایایی کل آزمون با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴۱، زیرمقیاس خانواده ۰/۷۲، دوستان ۰/۷۱، افراد مهم ۰/۷۱ به‌دست آمد که نشان‌دهنده مناسب بودن ابزار است. با توجه به نقطه میانه پرسش‌نامه، نمرات بیشتر از ۳/۵ به‌عنوان حمایت اجتماعی زیاد و نمرات کمتر از ۳/۵ به‌عنوان حمایت اجتماعی کم تعریف شده است [۲].

ب: پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF36 در دو بخش تنظیم شد. بخش اول شامل اطلاعات فردی (سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغل، وضعیت مسکن، سابقه علائم روان‌پزشکی) و بخش دوم شامل پرسش‌نامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه ۳۶ سؤالی کیفیت زندگی) بود. مفاهیمی که در این پرسش‌نامه سنجیده می‌شود، به سن، گروه یا بیماری خاصی اختصاص ندارند. هدف از طرح این پرسش‌نامه، ارزیابی حالت سلامت از نظر وضعیت جسمانی و روانی است. این پرسش‌نامه ۳۶ عبارت دارد که ۸ حیطه مختلف سلامت را ارزیابی می‌کند. این ۸ حیطه عبارت‌اند از: بعد جسمانی ۱۰ عبارت، ایفای نقش جسمی ۴ عبارت، دردهای بدنی ۲ عبارت، سلامت عمومی ۵ عبارت، انرژی نشاط ۴ عبارت، عملکرد اجتماعی ۲ عبارت، ایفای نقش

عاطفی ۳ عبارت و سلامت روانی ۵ عبارت. کمترین نمره در این پرسش‌نامه صفر و بیشترین نمره ۱۰۰ است که نشان‌دهنده کیفیت زندگی خوب است. روایی و پایایی پرسش‌نامه کیفیت زندگی در مطالعات متعدد بررسی شده است. آلفای کرونباخ نسخه فارسی در ایران ۰/۸۷ به دست آمده است [۲۱]. برای تفسیر داده‌ها نمره صفر تا ۳۶ بیانگر کیفیت زندگی کم، ۳۷ تا ۸۰ متوسط و ۸۱ تا ۱۰۰ کیفیت زندگی خوب است [۸].

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، آماره تی و تحلیل رگرسیون گام به گام) تجزیه و تحلیل شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

بر اساس یافته‌های مطالعه، بیشتر مشارکت‌کنندگان مرد (۵۳/۶ درصد) با سن بین ۶۰ تا ۶۵ سال بودند (۵۲/۲ درصد). بیشتر افراد

متأهل بودند (۸۳/۱ درصد). بیشتر آن‌ها سطح تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم (۶۰/۱۴ درصد) و شغل آزاد (۳۱/۸۸ درصد) داشتند. بیشتر شرکت‌کنندگان بیمه داشتند (۸۴/۱ درصد)، اکثراً مسکن شخصی داشتند (۸۱/۸۹ درصد)، بیشترشان سابقه مراجعه به روان‌پزشک را نداشتند (۶۵/۹۴ درصد)، و از نظر کافی بودن میزان درآمد بیان کرده بودند که درآمدشان تا حدودی کافی است (۴۷/۸۳ درصد). یافته‌های جدول ۱ نشان‌دهنده آن است که کیفیت زندگی مردان با نمره  $(6/2 \pm 91/29)$  بیشتر از زنان  $(46/47 \pm 22/58)$  بوده است. مردان نسبت به زنان در تمامی ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نمره بهتری را کسب کردند و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود. در گروه زنان بدترین شرایط مربوط به مشکلات جسمی  $(30/69 \pm 21)$  و بهترین شرایط مربوط به سلامت روان  $(60/76 \pm 24/03)$  بود. در گروه مردان بهترین وضعیت مربوط به مشکلات احساسی  $(99/83 \pm 2/05)$  و بدترین شرایط مربوط به شادابی و نشاط  $(68/43 \pm 11/02)$  بود. میانگین کلی نمره کیفیت در سالمندان مطالعه‌شده

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی بین زنان و مردان سالمند

| گروه<br>ابعاد کیفیت زندگی | زنان    |                  | مردان   |                  | سطح معنی‌داری* |
|---------------------------|---------|------------------|---------|------------------|----------------|
|                           | میانگین | انحراف معیار (±) | میانگین | انحراف معیار (±) |                |
| عملکرد جسمانی             | ۴۸/۵۶   | ۲۹/۰۱            | ۹۳/۹۲   | ۱۱/۹             | ۰/۰۰۱          |
| مشکلات جسمانی             | ۳۰/۶۹   | ۲۱               | ۹۸/۹۳   | ۶/۹۷             | ۰/۰۰۲          |
| درد جسمانی                | ۴۱/۵۸   | ۲۶/۹۷            | ۹۰/۰۰   | ۱/۰۳             | ۰/۰۰۰          |
| شادابی و نشاط             | ۵۰/۹۸   | ۲۵/۹۱            | ۶۸/۴۳   | ۱۱/۰۲            | ۰/۰۰۰          |
| سلامت عمومی               | ۵۱/۴۰   | ۲۰/۱۷            | ۹۴/۷۲   | ۵/۱۵             | ۰/۰۰۰          |
| عملکرد اجتماعی            | ۵۰/۲۳   | ۳۰/۲۰            | ۹۸/۴۸   | ۱/۹۸             | ۰/۰۰۱          |
| مشکلات احساسی             | ۳۷/۵۶   | ۳/۴۰             | ۹۹/۸۳   | ۲/۰۵             | ۰/۰۰۱          |
| سلامت روان                | ۶۰/۷۶   | ۲۴/۰۳            | ۸۶/۰۳   | ۹/۴۸             | ۰/۰۰۰          |
| کیفیت زندگی کلی           | ۴۶/۴۷   | ۲۲/۵۸            | ۹۱/۲۹   | ۶/۲              | ۰/۰۰۱          |

\* معنی‌داری در سطح  $P < 0/05$

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی و ابعاد آن بین زنان و مردان سالمند

| گروه متغیر        | زنان    |                  | مردان   |                  | سطح معنی‌داری* |
|-------------------|---------|------------------|---------|------------------|----------------|
|                   | میانگین | انحراف معیار (±) | میانگین | انحراف معیار (±) |                |
| حمایت خانواده     | ۴/۲۴    | ۱/۹۰             | ۴/۷۷    | ۱/۲۰             | ۰/۰۰۲          |
| حمایت دوستان      | ۳/۶۷    | ۱/۵۹             | ۴       | ۱/۲۲             | ۰/۰۰۱          |
| حمایت آشنایان     | ۳/۳۴    | ۱/۵۶             | ۳/۸۹    | ۱/۳۳             | ۰/۰۰۰          |
| حمایت اجتماعی کلی | ۳/۷۵    | ۱/۶۸             | ۴/۲۲    | ۱/۲۵             | ۰/۰۱           |

\*معنی‌داری در سطح  $P < ۰/۰۵$ 

(۶۸/۸۸±۲۴/۰۳) به دست آمد. مطابق یافته‌های جدول ۲، میانگین نمره حمایت اجتماعی در هر سه بعد آن (حمایت خانواده، دوستان و آشنایان) در مردان سالمند بیشتر از میانگین نمرات زنان سالمند بود. همچنین در هر دو جنس میانگین حمایت خانواده از میانگین حمایت دوستان و آشنایان بیشتر بود. نتایج نشان داد اختلاف بین سطح حمایت اجتماعی و ابعاد آن در زنان و مردان از نظر آماری معنادار است.

مطابق یافته‌های جدول ۳، حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همبستگی معنادار و مستقیمی دارد ( $P=۰/۰۱$ ). به عبارتی دیگر، هرگونه افزایش در حمایت اجتماعی سالمندان با ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها همراه است. متغیر

سن با میزان کیفیت زندگی سالمندان همبستگی منفی و معناداری دارد ( $P=۰/۰۰۶$ ). به عبارت دیگر، با افزایش سن سالمندان میزان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها کاهش می‌یابد. میزان درآمد با میزان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان همبستگی مثبت و معناداری داشت؛ به این معنی که سالمندانی که درآمد بیشتری داشتند، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بهتری هم داشتند.

مطابق یافته‌های جدول ۴، تحلیل رگرسیونی نشان داد مقدار F به دست آمده معنادار است ( $P=۰/۰۳۴$ ) و ۳۱/۸ درصد از واریانس میزان کیفیت زندگی سالمندان با میزان حمایت اجتماعی قابل پیش‌بینی است.

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به منظور بررسی رابطه بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان در شهر آبادان انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد کیفیت زندگی سالمندان در شهر آبادان متوسط ( $۶۸/۸۸ \pm ۲۴/۰۳$ ) است. در مطالعه آقاییاری و همکاران نیز میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهر تبریز ( $۸۶/۴۲ \pm ۱۳/۳۲$ ) به دست آمد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد [۸]. در مطالعه خزایی جلیل و همکاران کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان ( $۳۲/۱ \pm ۴۹/۵۲$ ) گزارش شد که نسبت به مطالعه حاضر

جدول ۳: آزمون همبستگی رابطه بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و متغیرهای مستقل

| متغیرها                            | ضریب همبستگی | سطح معنی‌داری* |
|------------------------------------|--------------|----------------|
| حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی        | ۰/۵۶۴        | ۰/۰۱           |
| حمایت از سوی خانواده و کیفیت زندگی | ۰/۶۴۸        | ۰/۰۰۱          |
| حمایت از سوی دوستان و کیفیت زندگی  | ۰/۴۹۸        | ۰/۰۰۱          |
| حمایت از سوی آشنایان و کیفیت زندگی | ۰/۳۱۹        | ۰/۰۰۱          |
| کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سن    | -۰/۱۴۲       | ۰/۰۰۶          |
| کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و درآمد | ۰/۲۱۷        | ۰/۰۰۱          |

\*معنی‌داری در سطح  $P < ۰/۰۵$

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیونی متغیر حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در سالمندان

| شاخص مدل   | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | R     | R2   | F      | P*    |
|------------|---------------|------------|-----------------|-------|------|--------|-------|
| رگرسیون    | ۹۴۲/۸۷۵       | ۱          | ۳۱۴/۲۹۲         | ۰/۵۶۴ | ۳۱/۸ | ۵۴/۱۱۹ | ۰/۰۳۴ |
| باقی‌مانده | ۱۵۰/۹۹۲       | ۱۴۸        | ۵۸/۰۷           |       |      |        |       |
| کل         | ۱۰۹۳/۸۶۷      | ۱۴۹        |                 |       |      |        |       |

\*معنی‌داری در سطح  $P < ۰/۰۵$

کیفیت زندگی پایین‌تری داشته‌اند [۲۲].

مطالعه مقصودی و همکاران نیز نشان داد نمره کلی کیفیت زندگی سالمندان  $(۱۸/۱۶ \pm ۷۳/۹۸)$  بود که با مطالعه حاضر همخوانی دارد [۴]. مطالعه شکوهی و همکاران نیز نشان داد سالمندان کیفیت زندگی متوسطی  $(۱۹/۵۲ \pm ۵۵/۳۱)$  دارند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد [۷]. در مطالعه Şahin و همکاران نیز کیفیت زندگی سالمندان متوسط  $(۳/۳۴)$  (از ۵ نمره) ارزیابی شد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد [۱۵]. کاظمی و همکاران در یک مطالعه مروری به بررسی مطالعات انجام‌شده روی سالمندان ایران پرداختند و به این نتیجه رسیدند که ۷ درصد از سالمندان کیفیت زندگی بالا، ۴۲ درصد پایین و ۵۰ درصد کیفیت زندگی متوسطی داشته‌اند [۵].

به‌طور کلی مرور مطالعات گذشته نشان‌دهنده آن است که سالمندان مقیم سرای سالمندان نسبت به سالمندان در خانه کیفیت زندگی پایین‌تری دارند [۴، ۲۲، ۲۳]. محققان مهم‌ترین عامل را از دست دادن حمایت‌های غیررسمی به دلیل حضور نداشتن همسر یا سایر اعضای خانواده قلمداد می‌کنند؛ چرا که علت اصلی سکونت در خانه سالمندان است و بخشی از نیازهای مادی و عاطفی آن‌ها برآورده نمی‌شود. سالمندان مقیم خانه شبکه اجتماعی و ارتباطات اجتماعی بیشتر و رضایتمندی بیشتری دارند [۲۳].

نتایج مطالعه نشان داد کیفیت زندگی مردان سالمند نسبت به زنان سالمند در تمامی ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتر بوده و این تفاوت از نظر آماری معنادار است. مطالعات گذشته نیز جنسیت را یکی از عوامل تعیین‌کننده در سطح

کیفیت زندگی معرفی کرده‌اند. در بیشتر آن‌ها کیفیت زندگی در مردان سالمند بیشتر از زنان سالمند گزارش شده است که با مطالعه حاضر همخوانی دارند [۸، ۱۹، ۲۲، ۲۴، ۲۵]. شکوهی و همکاران (۲۰۲۰) وجود برخی تبعیض‌های جنسی مرتبط با فرهنگ، انجام فعالیت‌های سنگین، فشارهای روحی زیاد را که باعث کاهش توانایی جسمانی و روحی روانی زنان سالمند می‌شود، از علل کاهش کیفیت زندگی آن‌ها نسبت به مردان برشمرده‌اند [۷]. حسن‌پور دهکردی و همکاران (۲۰۱۶) یائسگی را یکی از عوامل مؤثر بر کاهش کیفیت زندگی زنان سالمند دانسته‌اند [۲۶].

نتایج مطالعه نشان داد بین سن و کیفیت زندگی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. بدین صورت که با افزایش سن، کیفیت زندگی افراد کاهش می‌یابد. مقصودی و همکاران (۲۰۱۷) نیز به رابطه معکوس سن و نمره کیفیت زندگی در سالمندان اشاره کردند [۴]. نتایج مطالعه حکمت‌پور و همکاران نیز با مطالعه حاضر هم‌راستاست [۲۷]. نتایج مطالعه Fortin و همکاران (۲۰۰۶) نیز تأییدکننده این موضوع است [۲۸]. محققان علت آن را مشکلات جسمی و در نتیجه مشکلات روحی بیشتر با افزایش سن برشمرده‌اند [۴، ۷].

نتایج مطالعه بیانگر همبستگی مثبت و معنادار بین سطح کیفیت زندگی سالمندان و سطح درآمد آن‌هاست. شکوهی و همکاران (۲۰۲۰) نیز در مطالعه خود دریافتند بین وضعیت اقتصادی و کیفیت زندگی سالمندان ارتباط معنادار وجود دارد و افراد با وضعیت اقتصادی بهتر، کیفیت زندگی بالاتری داشتند که با مطالعه حاضر هم‌راستاست [۷]. در مطالعه آقایی و همکاران

(۲۰۱۷) نیز بین میزان درآمد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان همبستگی مثبت و معناداری یافت شد. آن‌ها معتقد بودند که دسترسی به منابع مادی و مالی بیشتر، دریافت حمایت بیشتر از طرف خانواده، دوستان و دیگران را تضمین می‌کند [۸].

نتایج مطالعه نشان داد میانگین نمره حمایت اجتماعی در هر سه بعد آن (حمایت خانواده، دوستان و آشنایان) متوسط بوده و در مردان سالمند بالاتر از زنان سالمند بوده است. نتایج بیانگر آن است که این اختلاف بین سطح حمایت اجتماعی و ابعاد آن در زنان و مردان از نظر آماری معنادار است. همچنین در هر دو جنس، میانگین حمایت خانواده از میانگین حمایت دوستان و آشنایان بیشتر بود. نتایج مطالعه آقاییاری و همکاران (۲۰۱۷) نیز در راستای یافته‌های این مطالعه است و حمایت اجتماعی سالمندان در حد متوسط ارزیابی شد [۸].

در مطالعه Şahin و همکاران (۲۰۱۹) نیز حمایت اجتماعی سالمندان ۳/۷۴ برآورد شد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد [۱۵]. در مطالعه Yurcu و همکاران (۲۰۱۷) نیز نتایج مشابهی یافت شد [۲۹]. در مطالعه معینی و همکاران (۲۰۱۸) نیز حمایت اجتماعی سالمندان متوسط ارزیابی شد (۲۹/۴) از دامنه صفر تا (۵۲) [۳۰]. Unger و همکاران (۱۹۹۹) معتقدند تأثیرات حمایت اجتماعی در دو جنس متفاوت است. تفاوت‌های جنسیتی در شبکه‌های اجتماعی دو وضعیت مختلف را برای تأثیرات حمایت اجتماعی بر سلامت سالمندان پیش‌بینی می‌کند. در این راستا برآورد می‌شود حمایت اجتماعی برای زنان تأثیرات قوی‌تری دارد؛ زیرا زنان هم‌قادر به کسب آن و هم‌قادر به استفاده مؤثرتر از آن هستند [۳۱].

از طرفی دیگر، نتایج مطالعه نشان داد حمایت اجتماعی و ابعاد آن همبستگی مثبت و معناداری با سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان دارد. بدین ترتیب نتایج بیانگر آن است که حمایت اجتماعی بیشتر باعث ارتقای سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان می‌شود. این نتیجه با نتایج مطالعه آقاییاری و

همکاران (۲۰۱۷) همسو است [۸]. Helgeson عقیده دارد حمایت اجتماعی با بهبود خلق و تشویق افراد به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود [۳۲].

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد حمایت اجتماعی ۳۱ درصد از واریانس کیفیت زندگی سالمندان را تبیین می‌کند. مطالعه آقاییاری و همکاران نیز نشان داد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان بیش از هر متغیر دیگری از حمایت اجتماعی متأثر است [۸]. مطالعه حکمتی‌پور و همکاران نیز نشان داد ۵۹ درصد از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان مربوط به حمایت اجتماعی است که بیشتر بر بعد روانی کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد [۲۷]. مطالعه مداخله‌ای آر و همکاران (۲۰۱۲) در قزوین نشان‌دهنده رابطه بین حمایت اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان بود و بعد از مداخله، کیفیت زندگی سالمندان در ابعاد روانی و جسمی افزایش داشته است [۳۳].

همان‌طور که در مطالعه حاضر یافت شد، بعد حمایت خانواده نمره بیشتری را کسب کرد. از طرفی دیگر، همبستگی بین حمایت از سوی خانواده و کیفیت زندگی سالمندان بیشتر از دو بعد دیگر حمایت اجتماعی یعنی دوستان و آشنایان بود. کاظمی و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه مروری خود به این نتیجه دست یافتند که مهم‌ترین حمایت‌کننده‌ها، خانواده (همسر و فرزندان) هستند [۵]. مطالعات گذشته مبین آن است که مؤلفه‌های اجتماعی مانند مشارکت اجتماعی، تعلق به خانواده، میزان احترام خانواده به سالمندان، روابط صمیمانه با همسایگان، رضایت از وضعیت محل سکونت، مشارکت در گروه‌های دوستی و رضایتمندی از ارتباط با افراد دیگر در سطح کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر است [۳۵، ۳۶].

نتایج مطالعه بیانگر این بود که کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی زنان سالمند نسبت به مردان سالمند پایین‌تر است. لذا زنان سالمند نیازمند توجه و حمایت بیشتری هستند و باید در راستای ارتقای سطح کیفیت زندگی توجه بیشتری به آن‌ها شود.

## قدردانی

این پژوهش حاصل طرح پایان نامه دانشجوی پزشکی مصوب معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی آبادان با کد اخلاق IR.ABADANUMS.REC.1400.003 است. از زحمات کارکنان مرکز بهداشت شهرستان آبادان که نهایت همکاری را با این طرح داشتند، تشکر می شود.

## تعارض در منافع

هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان بیان نشده است.

## References

- Joshi K, Avasthi A, Kumar R. Health-related quality of life (HRQOL) among the elderly in northern India. *Health Popul Perspect Issues* 2003; 26(4): 14-53.
- Abazari F, Lakzaei H, Jahani Y, Mansouri ALI, Saboori A. The survey of relationship between social support with mental health of students in Kerman Medical University. *Teb Va Tazkiye* 2015; 24(2): 9-18 (Persian).
- Sari N, Kooshlar H, Vaghee S, Kamelania H. Elderly's quality of life and related factors among nursing home residents in Mashhad, 2013. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014; 23(1): 243-52 (Persian).
- Maghsoudi A, Koohshoorinia Y, Hoseini M, Karami P, Atbaee M, Bahadori Z, et al. Comparison of Quality of Life among Elderly People Living in Homes and Nursing Homes in Lar. *Sadra Med Sci J* 2017; 5(3): 119-30 (Persian).
- Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. Quality of life in Iranian elderly. *Iran J Ageing* 2019; 13(5): 518-33 (Persian).
- Hosseini SH, Rajabzadeh R, Rezazadeh H, Almasi Hashiani A, Haresabadi M. Health-related quality of life in students of North khorasan University of Medical Sciences in 2011. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2014; 5(5): 1121-7 (Persian).
- Shokouhi F, Tavassoli E, Amiripour A, Kaviani F. Quality of life of elderly living in nursing homes in Shahrekord. *S J Nursing Midwifery Paramedical* 2020; 5(4): 84-93 (Persian).
- Aghayari hir T, D Ghasemzade D, Ebrahimi Orang A. A study of relationship between social support and health-related quality of life among elderly people in Tabriz. *J Gerontol* 2017; 2(2): 20-28 (Persian).
- Šumskienė J, Kupčinskas L, Šumskas L. Health-related quality of life measurement in chronic liver disease patients. *Medicina* 2015; 51(4): 201-8.
- Lin XJ, Lin IM, Fan SY. Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Med J* 2013; 25(1): 8-12.
- Suzukamo Y, Fukuhara S, Green J, Kosinski M, Gandek B, Ware JE. Validation testing of a three-component model of Short Form-36 scores. *J Clin Epidemiol* 2011; 64(3): 301-8.
- Younsi M. Health-related quality-of-life measures: evidence from Tunisian population using the SF-12 health survey. *Value Health Reg Issues* 2015; 7: 54-66.
- Milte CM, Thorpe MG, Crawford D, Ball K, McNaughton SA. Associations of diet quality with health-related quality of life in older Australian men and women. *Exp Gerontol* 2015; 64: 8-16.

14. Rashedi V, Rezaei M, Gharib M, Nabavi SH. Social support for the elderly: Comparison between home and nursing home. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2013; 5(2): 351-6 (Persian).
15. Şahin DS, Özer Ö, Yanardağ MZ. Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educ Gerontol* 2019; 45(1): 69-77.
16. Tseng SZ, Wang RH. Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan. *Public Health Nurs* 2001; 18(5): 304-11.
17. Ghasemi H, Harirchi M, Masnavi A, Rahgozar M, Akbarian M. Comparing quality of life between seniors living in families and institutionalized in nursing homes. *J Soc Welf* 2011; 10(39): 177-200 (Persian).
18. Samadian F, Grossi S. Investigating the relationship between attitudes, social support and the quality of life of the elderly (case study: elderly residents of Kerman city). *Soc Sci* 2014; 24(11): 189-206.
19. Alipoor F, Sajadi H, Forozan A, Biglarian A. The role of social support in elderly quality of life. *J Soc Welf* 2009; 9(33): 147-65 (Persian).
20. Yousefi Afrashteh M, Sharifi K. The relationship between depression, perceived stress and social support with quality of life in elderly with Alzheimer's disease. *Aging Psychol* 2015; 1(2): 1-10 (Persian).
21. Fayazbakhsh F, Ezati A, Maleki-Rad A. Sexual functions and quality of life in male and female with chronic renal diseases. *RPH* 2015; 9(2): 64-73 (Persian).
22. Khazaei Jalil S, Azmoon A, Abdohali M, Ghomi N, Shamsizadeh M. Quality of life among elderly living at nursing home in Shahrud city. *J Geriatric Nurs* 2015; 2(1): 39-49 (Persian).
23. Hesamzadeh A, Maddah SB, Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. Comparison of elderly's "quality of life" living at homes and in private or public nursing homes. *Iran J Ageing* 2010; 4(4): 66-74 (Persian).
24. Saber M, Nosratabadi M. Social support and health-related quality of life in elderly people covered by the Welfare organization of Kerman city. *J Health Dev* 2014; 3(3): 189-99 (Persian).
25. Hui-Chuan H. Gender differences in health-related quality of life among the elderly in Taiwan. *Asian J Health Sci* 2007; 1(4): 366-76.
26. Hassanpour-Dehkordi A, Jalali A. Effect of progressive muscle relaxation on the fatigue and quality of life among Iranian aging persons. *Acta Medica Iranica* 2016; 54(7): 430-6.
27. Hekmatpou D, Jahani F, Behzadi F. Study the quality of life among elderly women in Arak in 2013. *J Arak Uni Med Sci* 2014; 17(2): 1-8 (Persian).
28. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Almirall J, Dubois MF, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res* 2006; 15(1): 83-91.
29. Yurcu G, Kasalak MA, Akinci Z. The effect of perceived social support on life satisfaction among older adults who participate in recreational activities. *IJHMT* 2017; 2(1): 28-48.
30. Moeini B, Barati M, Farhadian M, Ara MH. The association between social support and happiness among elderly in Iran. *Korean J Fam Med* 2018; 39(4): 260-5.
31. Unger JB, McAvay G, Bruce ML, Berkman L, Seeman T. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999; 54(5): 245-51.
32. Cheraghi MA, Davari Dolatabadi E, Salavati M, Moghimbeigi A. Association between perceived social support and quality of life in patients with heart failure. *Iran J Nurs* 2012; 25(75): 21-31 (Persian).
33. Ajh N, Mehrtash B, Javadi A. Effect of education and social support on quality of life among elderly living in nursing homes (2010). *J Inflamm Dis* 2012; 16(3): 46-52.
34. Esmaili Shahmirzadi S, Shojaeizadeh D, Azam K, Salehi L, Tol A, Moradian Sorkhkolaei M. The impact of chronic diseases on the quality of life among the elderly people in the East Of Tehran. *Payavard* 2012; 6(3): 56-66 (Persian).
35. Salimzadeh H, Eftekhari H, Pourreza AAG, Moghim BA. Postretirement employment and Quality of Life (QOL) indicators. *J Soc Welf* 2007; 7(26): 287-97.